THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 387

Année 1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 15 juillet 1907, à 1 heure

Par Charles **FOHANNO**

Ancien interne des hôpitaux de Rennes
Né à Rennes (Ille-et-Vilaine), le 2 septembre 1881

DU TRAITEMENT

DE LA

GANGRÈNE HERNIAIRE

PAR LA RÉSECTION INTESTINALE SUIVIE

D'ENTÉRO-ANASTOMOSE

Président : M. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. TUFFIER, *agrégé.*
BROCA (Aug.) et LEGUEU, *agrégés.*

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	N...
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	N....
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	Ds LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	N..... PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par deliberation en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES ONCLES ET TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. SEGOND

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE LA SALPÊTRIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au cours de l'année scolaire 1904-1905, pendant laquelle nous avions l'honneur de remplir les fonctions d'interne dans le service de M. le professeur Dayot, nous avons eu l'occasion d'observer une série de cas d'étranglement herniaire compliqué de gangrène de l'intestin.

Nous avons suivi avec un très vif intérêt ces quelques malades, autant à cause des déductions essentiellement pratiques que l'on peut tirer de pareilles observations que pour les brillants résultats qui couronnèrent le traitement institué.

La gangrène devient de nos jours une complication fort rare de l'étranglement herniaire. Dans les villes, elle est exceptionnelle, sans doute, à cause de la rapidité avec laquelle tout malade peut trouver des secours dans les établissements hospitaliers. Mais il n'en n'est pas de même dans les campagnes : les grandes distances, une crainte irraisonnée qui subsiste encore dans l'esprit de certains paysans, leur font différer trop

longtemps une intervention relativement bénigne. Ainsi peut subvenir par leur négligence une complication que les statistiques nous disent des plus meurtrières.

Aussi est-il naturel que son traitement ait passionné bien des chirurgiens.

M. le professeur Dayot, à qui nous devons l'inspiration de ce travail, fut de ceux qui firent progresser la question, et montrèrent, preuves en main, qu'il est souvent sage de ne pas s'en tenir à de trop timides interventions.

Nous avons divisé notre travail en deux parties. Dans la première nous passerons en revue les différents procédés de traitement de la gangrène herniaire et à côté des avantages de chacun d'eux, nous ferons ressortir les reproches qu'on lui peut faire. Dans la deuxième partie nous exposerons l'entéro-anastomose latérale telle que nous l'avons vu pratiquer.

Nous dirons quelques mots de ses avantages, de ses indications et contre-indications, de quelques particularités de son manuel opératoire, de la durée de l'intervention et des soins consécutifs qu'elle exige.

Mais nous n'aborderons pas ce travail sans adresser à nos maîtres de l'École de Rennes, l'hommage de notre vive reconnaissance.

L'année d'internat que nous avons passée dans le service de M. le professeur Dayot comptera parmi les meilleures de notre vie d'étudiant.

Nous avons pu apprécier la science et les qualités de clinicien qu'il met en œuvre pour résoudre les problè-

mes diagnostiques les plus ardus et la méthode irréprochable qui fait le succès de ses opérations.

M. le professeur Bertheux, dans le service duquel nous avons passé trois années, nous a initié aux difficultés de la clinique médicale, d'abord par ses leçons claires et documentées et plus tard, quand nous fûmes son interne, par ses causeries au lit du malade et ses bienveillants conseils.

M. le professeur Véron, dont nous avons l'honneur d'être aujourd'hui l'interne, nous témoigna toujours le plus vif intérêt.

Notre dette envers ces maîtres, ne pourra jamais être acquittée, aussi sommes-nous heureux de leur dire encore notre profonde reconnaissance.

M. le Dr Perrin de la Touche, directeur de l'École de Rennes, MM. les professeurs Lauthier, Bodin, Assicot, Bruté de Rémur, Le Danamy, Millardet, nous ont donné pendant nos études des marques de leur bienveillance.

M. le professeur Le Monniet, son chef de clinique M. le Dr Hardouin, nous ont obligeamment communiqué des observations de leur service.

Nous les en remercions sincèrement.

M. le professeur Segond nous a fait le plus grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Les procédés de traitement de la gangrène herniaire peuvent se grouper sous deux grands titres.

L'intervention la plus simple consiste à faire au niveau de la partie gangrénée une ouverture de l'intestin et à fixer celui-ci aux bords de la plaie : c'est l'anus contre nature. Il remédie à l'obstruction intestinale en donnant une issue aux matières fécales.

Par les procédés d'un autre genre on supprime dans un premier temps de l'opération l'intestin malade et dans un deuxième on rétablit le cours normal des matières interrompue par l'étranglement.

Nous allons examiner et critiquer rapidement ces différents modes de traitement.

ANUS CONTRE NATURE

Il arrive dans certains cas, très rares, que l'anus contre nature s'établit de lui-même ; l'anse gangrenée devient le point de départ d'un phlegmon qui tend à s'ouvrir à la peau, donne issue au pus qu'il contient et en même temps aux matières fécales venant de l'intestin.

Mais le chirurgien ne devant pas tabler sur ce dénouement exceptionnel crée lui-même cet anus contre nature dans le but de donner au malade plus de chances de survie.

L'opération est courte et simple, mais fréquemment un grand nombre d'accidents viennent en compromettre les résultats.

On dit que le bout supérieur se vide facilement et n'est plus menacé de paralysie, d'où disparition de l'intoxication. Lockwood a démontré que chez les malades dont l'intestin a été traité par cette méthode, cette non-évacuation des matières contenues dans le bout supérieur s'est produite par paralysie intestinale. On

ne peut dire que l'établissement de l'anus contre nature mette sûrement à l'abri de ces accidents.

Les matières fécales en coulant sur le champ opératoire, peuvent infecter la paroi et provoquer la formation d'un érysipèle ou d'un phlegmon de la région du sac, qui peut inoculer le péritoine.

De cette région peuvent partir des embolies septiques déterminant la gangrène pulmonaire.

D'autres fois, il survient des thromboses des veines crurales et iliaques, en particulier.

Plus tard, le malade ainsi opéré est encore exposé au prolapsus de la muqueuse intestinale et de l'intestin lui-même ; le contact permanent des matières fécales irrite la peau et cette irritation jointe au port d'appareils peut provoquer des ulcérations qui deviennent le point de départ d'infections secondaires.

Si l'infection, sous quelque forme qu'elle se présente, est le danger le plus redoutable, ce n'est pas le seul que présente l'établissement de l'anus contre nature. Quelques complications qui sont regardées par certains auteurs comme propres à la suture intestinale ont été observées : entre autre la perforation du bout supérieur (English, Chapplain).

Barrette a signalé une disposition particulière en X des deux bouts de l'intestin qui serait cause de difficultés dans l'évacuation des matières fécales.

Tous ces accidents évités, si l'anus siège sur un point élevé du tube digestif, le malade court un grand risque, celui de mourir d'inanition, chose assez fréquemment observée. Sur quarante et un cas d'anus contre nature

non traités, Barrette en a trouvé dix-sept qui se terminèrent de cette façon.

Enfin l'anus contre nature est une infirmité répugnante qui n'est, comme dit Marin, qu'une mort à la vie sociale. Ces malheureux infirmes spectateurs désespérés de leur défectation continuelle ne peuvent gagner leur vie par un travail quelconque et deviennent un objet d'horreur pour leur entourage.

La chirurgie doit tenter de les guérir mais elle n'y parvient qu'au prix de nouvelles interventions graves qui mettent encore leurs jours en danger et amènent pour J. Poirier jusqu'à 15 0/0 de décès.

Examinons pour terminer quel est le résultat final de cette opération : les statistiques ne sont pas encourageantes à ce sujet. Celle de Franck donne 80 0/0 de décès, celle de Lockwood 88 0 0, celle de Mikulicz 70 0 0, celle de Chaput de 80 à 90 0 0.

Dans sa carrière chirurgicale, M. le professeur Dayot nous a dit avoir eu en seize fois l'occasion de pratiquer l'anus contre nature dans la gangrène herniaire : il n'enregistra que trois succès. Fait intéressant : aucune de ces opérations pratiquées à la campagne n'a donné de succès. Il faudrait attribuer ces mauvais résultats à l'insuffisance des soins consécutifs que reçoivent ces malades.

Devant de semblables insuccès, nous sommes obligé de conclure que l'anus contre nature est une opération palliative, incomplète, un pis-aller dont il faut restreindre le plus possible les indications.

Cependant, toutes les fois que le chirurgien se trouve

en présence d'un malade dont l'état contre-indique l'anesthésie générale et toute intervention de quelque durée, il devra savoir s'en contenter.

Il en sera de même lorsque le milieu dans lequel il doit opérer et l'inexpérience de ses aides ne lui permettent pas de réaliser dans de bonnes conditions une opération plus radicale.

Cette opération plus radicale, traitement rationel de la gangrène herniaire, a pour but de supprimer les parties mortifiées et de rétablir la continuité du tube intestinal, c'est l'entérectomie suivie d'entéronhaphie.

Dans un premier temps, le chirurgien sectionne l'intestin au-dessus et au-dessous de la lésion ; il résèque aussi une portion du mésentère, soit qu'elle présente elle-même des lésions, soit qu'elle devienne pour le reste de l'opération une cause de difficulté.

Il traite dans un deuxième temps la plaie mésentérique ainsi produite, et ensuite la plaie de l'intestin.

Pour cette entéronhaphie il peut relier par des sutures les deux extrémités de l'intestin mises bout à bout : c'est l'entéronhaphie circulaire ; il peut aussi se servir dans le même but de boutons anastomotiques. Enfin il peut placer l'un à côté de l'autre les deux bouts de l'intestin, les mettre en communication par deux orifices placés vis-à-vis et dont les lèvres sont réunies par des points de suture : c'est l'entéro-anastomose. Nous dirons, avant de décrire ce procédé, quelques mots de l'entéronhaphie longitudinale de Chaput.

Entérorrhaphie circulaire

Les procédés d'entérorrhaphie circulaire sont aussi nombreux que variés, mais beaucoup d'entre eux, inventés par des expérimentateurs, n'ont été pratiqués que sur des animaux et ne sont jamais sortis du laboratoire, — d'autres comportent une complication telle, qu'elle ne permet pas de les mettre en pratique.

Au début les chirurgiens se préoccupaient de créer sur les deux bouts de l'intestin des surfaces cruentées qu'ils réunissaient par des sutures. Plus tard la méthode de réunion séro-séreuse dont nous devons le principe à Jobert de Lamballe se vulgarisa et l'on chercha à rapprocher les anses intestinales, tantôt par invagination du bout supérieur dans l'inférieur comme dans les procédés de Jobert, de Hohenhausen, de Casati, de Doyen, etc., tantôt par adossement simple comme dans les méthodes de Hallsted, de Kocher, de Jaboulay et Briau, de Kummer, etc.

Les chirurgiens ont encore utilisé des tubes de matières diverses résorbables ou non, qu'ils introduisaient dans l'intestin pour faciliter leur tâche.

Considérant que l'intérêt de ces diverses méthodes est plutôt historique que pratique, nous nous bornerons à critiquer le procédé classique d'entérorrhaphie circulaire.

A première vue cette anastomose termino-terminale paraît de beaucoup la plus rationnelle. Du même coup

on ferme l'intestin et on en rétablit la continuité. Le conduit digestif se trouve dans des conditions à peu près analogues à celles où il se trouvait avant la résection.

Cependant quelques objections peuvent être faites à ce procédé.

Le calibre de l'intestin au niveau de l'anastomose est rétréci par rapport à celui des segments sus et sous-jacents surtout si l'on exécute l'entérorrhaphie par la méthode des sutures qui crée des valvules.

L'anastomose termino-terminale nécessite l'excision d'une partie du mésentère, ce qui complique un peu l'opération et expose toujours au sphacèle.

L'entérorrhaphie circulaire est une opération difficile à exécuter par le procédé de sutures et on éprouve des difficultés surtout au niveau de l'insertion mésentérique. C'est là, en effet, que le plus souvent débute l'infection lorsque cet accident survient au niveau des sutures.

Enfin l'opération devient laborieuse et très délicate si l'on doit anastomoser, ce qui est fréquent à la suite de gangrène herniaire, deux anses de calibre inégal. L'artifice de Chaput qui consiste à faire une fente longitudinale dans le bout le plus étroit n'apporte à cet inconvénient qu'un remède imparfait.

Boutons anastomotiques.

Pour remédier à la lenteur et à l'imperfection des sutures, on inventa un nouveau procédé qui réalise

l'adossement au moyen d'un instrument appelé bouton anastomique. Cet appareil maintient en contact parfait les deux bouts que l'on a repliés et fixés de telle sorte que les surfaces se trouvent adossées lors de la fermeture de l'instrument.

Dans les jours qui suivent l'opération les surfaces en contact se soudent. Sous l'influence de la pression continuelle, la portion de l'intestin prise entre les deux pièces du bouton se sphacèle et laisse l'appareil en liberté dans le conduit intestinal d'où il est expulsé dans la suite. En attendant qu'il se détache, l'orifice dont il est percé assure la circulation des matières fécales.

Quelque temps après son importation en France, d'où en était d'ailleurs venue l'idée première, le bouton de Murphy eut les faveurs de beaucoup de chirurgiens : c'était l'instrument merveilleux, capable de rapprocher d'une façon sûre, facile et prompte les deux conduits à anastomoser. Ses partisans l'ont préconisé à l'exclusion de la suture qu'ils regardaient même comme une sorte de prestidigitation.

Il est vrai que le bouton anastomotique permet d'abréger considérablement une intervention, détail qui, dans certains cas prend une importance capitale ; mais il n'est pas d'une manipulation aussi facile et d'une innocuité aussi grande qu'on l'a prétendu.

Beaucoup de chirurgiens estiment sa mise en place assez délicate et le professeur Quénu lui-même avoue avoir obtenu des insuccès pour cette raison.

Il obstrue en partie la lumière de l'intestin et en

paralyse les fibres musculaires, deux causes d'insuccès, puisque les cas de gangrène herniaire demandent une évacuation rapide, un véritable drainage du bout supérieur.

Il favorise la gangrène de l'intestin et cela est assez facile à comprendre si l'on réfléchit que le mode d'élimination de tout bouton anastomotique est basé sur le sphacèle des parties qu'il comprime entre ses deux pièces. Jeannel a démontré ce principe. Or, on peut admettre sans peine que, sous l'influence de la septicité du contenu intestinal stagnant en amont de l'anastomose, le peu de vitalité des tissus mis en contact, cette gangrène ne se limite pas aux seules parties invaginées dans le bouton, mais se propage à l'extérieur de celui-ci. La perforation survient ainsi au bout de quelques jours.

Ce processus de mortification est secondé par une autre cause : c'est le poids de ce corps étranger assez lourd (de 15 à 25 grammes suivant les numéros) comprimant et tiraillant les tissus dont la structure histologique est déjà modifiée.

Supposons que tous ces accidents soient écartés et que le bouton se détache en temps normal de la paroi intestinale, c'est-à-dire vers le quatrième jour. Il quitte une suture à peine constituée par quelques adhérences, au moment où elle est encore susceptible de céder pour la moindre cause. En effet, si l'on compare comme l'a fait Chlumsky les divers degrés de résistance de l'anastomose dans les jours qui suivent la réunion, on voit que c'est aux environs du quatrième jour qu'elle pré-

sente le maximum de fragilité. Après cette date elle se fortifie de jour en jour pour être parfaite un mois après l'opération. A ce moment l'expérimentation démontre que ce n'est plus la cicatrice qui cède sous l'influence de la pression, mais la paroi même de l'intestin.

Enfin l'élimination du bouton de Murphy a donné lieu à des discussions assez vives ; pour ses partisans elle se fait toujours dans un délai assez bref, pour Lenoble, cette migration ne se fait pas sans difficultés.

Les expériences de cet auteur lui ont démontré que le plus petit modèle de bouton passe aisément sur tout le parcours de l'intestin, mais que les numéros plus élevés peuvent donner lieu à l'obstruction du conduit. D'autres chirurgiens ont observé dans leur pratique des cas où le bouton n'avait pas été éliminé six semaines après l'opération.

Pour remédier à ces multiples désavantages deux chirurgiens surtout se sont appliqués à perfectionner cette méthode et ont inventé d'autres instruments basés sur le même principe : Ce sont Villard et Chaput.

Le bouton de Villard se rapproche assez de celui de Murphy, mais il est plus simple, le coussinet à ressort étant supprimé. Le trou dont il est perforé est plus grand, ce qui facilite la circulation des matières dans l'intestin. Enfin l'articulation présente plus de sécurité car elle est assurée par un grand nombre de crochets.

Le bouton de Chaput formé par une gouttière circulaire en étain est de la plus grande simplicité. Son poids est réduit ; son orifice présente à proportion une lumière plus considérable que dans tous les autres

modèles. Enfin la disposition de cet instrument permet en cas de prise défectueuse de relâcher l'intestin pour le reprendre d'une façon plus parfaite.

Quoi qu'il en soit tous ces instruments fort ingénieux ne valent pas encore, croyons-nous, une suture bien faite.

Entérorrhaphie longitudinale.

C'est encore Chapux qui inventa ce nouveau moyen de rétablir la circulation intestinale. Il accole en canons de fusil les deux extrémités de l'intestin par une ligne de sutures ; d'un coup de ciseaux, il fend simultanément les deux parois accolées, et rapprochant les lèvres par de nouvelles sutures, il crée entre elles une bouche latérale, puis ferme pour finir les extrémités qui ne forment plus alors qu'un seul cul-de-sac.

Cette méthode donne une large communication entre les deux bouts, car on peut faire la fente aussi longue que l'on veut. Cependant ce procédé ne peut devenir d'un usage fréquent : il comporte des sutures longues et compliquées qui, dans leur entrecroisement, peuvent laisser quelque imperfection.

Ce danger suffit à lui seul pour rendre cette opération hasardeuse et nous pouvons l'abandonner d'autant plus volontiers qu'il en existe une autre plus simple et présentant les mêmes avantages : c'est l'entéro-anastomose.

ENTÉRO-ANASTOMOSE

A. — Historique. Variétés.

Cette opération fut inventée en 1845 par Maisonneuve. Il la pratiqua la première fois en 1854 pour remédier à une obstruction intestinale, de cause néoplasique.

Maisonneuve ne réséquait pas l'intestin malade, il ne faisait que créer, suivant l'expression pittoresque de Chaput, un anus contre nature s'abouchant dans l'intestin.

Plus tard Senn et Braun pratiquèrent la même opération en y ajoutant la résection intestinale.

A cette époque pré-antiseptique, les résultats de cette opération, comme ceux de toutes interventions analogues, ne devaient pas être très brillants; aussi fut-elle à peu près abandonnée de 1854 à 1883, époque à laquelle Wœlffer contribua à la remettre en faveur.

Dans ses grandes lignes l'acte opératoire a peu varié, mais si nous l'envisageons dans ses applications au traitement de la gangrène herniaire, il est beaucoup de

précautions et de détails spéciaux sur lesquels il nous paraît intéressant d'insister.

Les modifications qu'on a cru devoir apporter à l'entéro-anastomose classique ne méritent guère de nous arrêter ; les variétés de sutures nous intéressent bien peu puisque nous en connaissons une dont les bons résultats ne sont pas douteux.

Le procédé analogue à celui de Connell, dans lequel on accole latéralement les deux extrémités de l'intestin placées bout à bout au lieu de les disposer en canon de fusil nous paraît présenter très peu d'avantages. Il supprime, il est vrai, une coudure brusque de l'intestin mais expose toujours à une légère torsion du mésentère.

Passons maintenant à des considérations d'un ordre plus pratique.

B). — Instrumentation. Aides.

L'instrumentation qu'exige une opération d'entéro-anostamose fait partie de l'arsenal de tout praticien. Il n'est pas nécessaire de parler du bistouri. des pinces, des ciseaux, qu'il sera bon parfois d'avoir en double. En plus de ces instruments d'usage courant, on sera muni d'au moins deux pinces à coprostase d'un modèle quelconque d'une aiguille fine de Reverdin ou de Hagedorn qui servira à la suture intestinale, de flacons de soie n° 0, de drains, d'un thermo-cautère et de compresses stériles en assez grand nombre ainsi que de solutions antiseptiques.

Les aides du chirurgien seront au nombre de deux. L'un sera préposé à l'administration du chloroforme, il le donnera avec parcimonie et l'appareil de Ricard lui sera d'un grand secours. Il y a quelques années Roschier nous a en effet montré quelle était l'importance de l'anesthésie dans l'étranglement herniaire. Tous les accidents qu'il a vu se produire dans ces circonstances ont été mortels ; de simples vomissements, que la septicité du contenu intestinal, peuvent être suivis de broncho-pneumonies très graves.

Du second aide, dont le rôle sera d'assister l'opérateur, on doit exiger une certaine habitude de la chirurgie, car plusieurs des temps de l'opération demandent une asepsie minutieuse ; les sutures de l'intestin sont parfois assez délicates et demandent de l'adresse pour éviter une perte de temps trop considérable.

Le local le plus commode pour cette opération est évidemment la salle claire et bien aménagée que l'on trouve dans les hôpitaux, mais on peut se contenter de moins.

En effet, la suture intestinale, qui constitue la partie la plus délicate de l'intervention étant pratiquée complètement en dehors du ventre, on peut à la rigueur opérer avec un éclairage médiocre.

Il est rare qu'au cours de l'opération on soit obligé de recourir à la position inclinée de Trendelenburg, mais il est parfois commode d'en faire usage dans les cas où le débridement comporte une véritable herniolaparotomie.

C. — Manuel opératoire.

Comme pour toute opération, on s'assure de l'asepsie de la peau en la rasant au préalable et en faisant une désinfection minutieuse. On borde de compresses le champ opératoire, puis le chirurgien fait une incision dont la longueur et la direction dépendent de la grosseur et la variété de la hernie.

Il traverse les tissus plus ou moins infiltrés qui constituent cette tumeur et arrive ainsi au sac qu'il ouvre avec prudence.

Parfois ce temps de l'opération n'est qu'une simple incision de phlegmon comme ce fut le cas dans l'observation II. On se borne alors à éponger le pus et à vider la poche en prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter la souillure de ses doigts.

Le sac étant largement ouvert, on le désinfecte avec soin : pour cela, on lave la cavité avec de l'eau phéniquée forte et chaude ou bien avec de l'eau oxygénée à douze volumes. Il est commode pour pénétrer dans toutes les anfractuosités du sac de se servir de petits tampons que l'on monte sur des pinces de Kocher. Le thermocautère pourra rendre des services si l'on veut se débarrasser de quelque lambeau de tissu sphacélé ou désinfecter quelque diverticule formé par l'infiltration du pus.

Ce n'est qu'après ce nettoyage consciencieux que l'on aborde la levée de l'étranglement.

On débride toujours de dehors en dedans en sectionnant tous les tissus fibreux de la paroi et en faisant même dans certains cas une véritable hernio-laparotomie. Il serait en effet illogique de vouloir débrider d'une autre façon dans les cas de gangrène herniaire, car, en glissant dans le collet du sac, le bistouri de Cowper et le doigt qui le guide, on risque d'augmenter les dégâts de l'intestin malade et, en rompant à ce niveau les adhérences protectrices, d'inoculer la péritoine. Afin d'éviter l'issue des matières fécales, on obture à l'aide de pinces à mors plats les perforations qui peuvent exister et l'on attire au dehors l'anse herniée rendue mobilisable.

A sa suite, on fait sortir en amont et en aval de la portion gangrenée une grande longueur d'intestin, on le pose sur un lit de compresses stériles dont on a eu soin de garnir les bords de la plaie.

Pour se préserver du contact des matières fécales on les refoule en exprimant le tube intestinal et on place des pinces à coprostase.

Parfois l'énorme distension du bout supérieur rend nécessaire l'évacuation préalable.

On pourra ensuite aborder la résection de l'intestin.

Voici d'après la plupart de nos observations, comment on exécute ce temps de l'opération : on place sur chaque bout un gros catgut qui traverse le mésentère et on lie l'intestin en masse. Mais on a soin de remonter cette ligature à un travers de main au-dessus des parties malades pour la faire porter en tissus sains. Ce détail a d'ailleurs une telle importance que nous nous

proposons d'y revenir et d'exposer les motifs de notre conduite.

La résection peut être facilitée dans certains cas par l'usage de l'écraseur linéaire de Doyen, mais ce gros instrument qui assure une hémostase parfaite, ne peut malgré ses qualités prendre place dans l'arsenal de tout chirurgien. Aussi faut-il savoir s'en passer.

Quoi qu'il en soit, on coupe l'intestin avec le couteau du thermocautère et on carbonise les deux moignons jusqu'au fil. Le mésentère dont on a fait la ligature est traité de la même manière. Puis pour ne point laisser les surfaces ainsi carbonisées au contact du péritoine, on invagine les deux moignons par une suture en bourse et on fait par-dessus quelques points de Lembert.

Il ne reste plus pour terminer l'opération qu'à rétablir le cours des matières entre les deux bouts de l'intestin ainsi isolés, c'est-à-dire pratiquer l'entéro-anastomose.

Mais avant d'en parler disons que nous venons de décrire ici la première partie de l'opération, la partie septique si on peut l'appeler ainsi ; nous arrivons à la deuxième partie qui, elle, devra être aseptique.

Le chirurgien et son aide devront procéder à la désinfection de leurs mains si elles ont été souillées par le contact des liquides du sac, liquides toujours septiques. Ils devront pour la même raison changer les compresses qui leur ont servi au début de l'opération et remplacer tous les instruments dont ils ont fait usage.

Nous sommes persuadé qu'il faut attacher à cette pré-

caution une importance extrême. C'est d'elle que dépend souvent le succès de l'intervention.

Une partie des cas de mort qui ont suivi l'entéro-anastomose sont imputables non pas à un défaut de la méthode elle-même, mais à une faute d'asepsie qu'il est difficile d'éviter si l'on n'observe pas ces règles importantes que nous venons d'énoncer. C'est donc après une toilette soigneuse de l'intestin qu'on s'occupera de l'anastomose.

Cette opération se compose de cinq temps successifs :

Dans le premier on rapproche en canons de fusil les deux anses en question et on les unit sur une longueur d'environ 5 centimètres par une suture à points séparés faite avec une aiguille fine de Reverdin et la soie N° 0. Chaque point ne peut être, sans danger, éloigné de son voisin d'une distance de plus de 3 à 4 millimètres.

Le deuxième temps consiste à faire au moyen du petit couteau du thermocautère, dans chaque segment de l'intestin, une ouverture qui chemine parallèlement à la suture, séparée d'elle par un intervalle de quelques millimètres ; on la fait un peu moins longue que la ligne de suture de façon que celle-ci la dépasse aux deux extrémités. A l'ouverture de l'intestin, malgré l'évacuation préalable et une coprostase soigneuse, il peut s'écouler quelques gouttes de liquide. Il importe qu'à ce moment l'aide du chirurgien soit prêt à les essuyer pour éviter la souillure des lignes de suture et de la surface extérieure de l'intestin.

Dans le troisième temps, on réunit l'une à l'autre les deux lèvres postérieures des ouvertures que l'on vient de faire par une série de points muco-muqueux, ou si l'on veut gagner du temps par un simple surjet.

Le quatrième temps consiste à continuer cette suture sur les deux lèvres antérieures de l'ouverture, et le cinquième à recouvrir cette dernière suture par des points séro-séreux. Pour parfaire la péritonisation des surfaces, quelques points additionnels sont parfois nécessaires surtout au voisinage des commissures.

Après une nouvelle toilette de l'anse anastomosée, celle-ci est prête à être réintégrée dans le ventre ; mais avant de finir, nous voulons insister dans un chapitre spécial sur quelques points de détail d'une extrême importance.

D. — De quelques précautions à prendre.

Nous avons dit précédemment en décrivant la résection de l'intestin qu'il fallait faire porter la ligature à un travers de main environ au-dessus du collet d'étranglement. Cette mesure n'est qu'une moyenne qu'il faudra dépasser bien souvent.

Pour faire une anastomose qui présente un fonctionnement et une solidité garantissant le succès, il est indispensable d'opérer dans un milieu aseptique et sur des tissus parfaitement sains.

Or, aucune de ces conditions ne se trouve réalisée au voisinage du foyer de gangrène. Le milieu est con-

taminé à cause de l'effusion des liquides contenus dans le sac et du fait de l'émigration microbienne à travers la paroi de l'intestin altéré.

Le bout afférent présente souvent une distension exagérée par accumulation de matières et de gaz d'autant que les fibres musculaires parésiées sont incapables de le faire revenir à ses dimensions normales même après l'évacuation de son contenu.

La suture est difficile dans ces tissus mous, œdématiés, friables, qui se coupent lorsque l'on serre les nœuds. Chacune des petites déchirures ainsi produites saigne abondamment.

L'intestin a pris une teinte brune ou violacée à peu près uniforme, sur laquelle on remarque les hémorragies sous-péritonéales assez étendues ou revêtant l'aspect d'un petit pointillé.

Ces lésions atteignent leur maximum sur la partie de l'intestin opposée à l'insertion mésentérique.

Kocher, Taendler et Mikulicz ont même montré que sans lésion macroscopique les tissus peuvent être histologiquement modifiés.

Bosc et Blanc, après avoir donné une excellente description de ces altérations de l'anse herniée et du bout afférent, ont aussi donné leur signification pronostique. Ils ont montré par leurs travaux que toute hémorragie est bientôt suivie de l'envahissement des microbes et que ceux-ci amènent rapidement des modifications des tissus aboutissant à la nécrose.

Dans de pareilles conditions, on doit craindre de voir les sutures céder sous la simple distension causée

par les matières fécales et produire une fistule stercorale ou même l'ensemencement complet du péritoine.

Le processus de gangrène qui a pris naissance au niveau de l'anse herniée, ne se limite pas toujours à cette portion de l'intestin : Nicaise, Labbé, Chaput et d'autres ont signalé des perforations spontanées, se produisant dans les jours qui suivent l'intervention.

Puisqu'il est démontré que l'hémorragie, la migration microbienne et la nécrose sont les trois stades d'un même processus, nous pensons que cette large résection s'impose au chirurgien toutes les fois que l'intestin présente des ecchymoses sous-péritonéales.

Il est encore une autre précaution à laquelle nous attachons une grande importance; elle consiste à laisser la plaie abdominale largement ouverte, à drainer le péritoine pendant quelques jours et à entourer de lanières de gaze iodoformée l'anse sur laquelle a porté la suture.

Sans doute on a pu agir autrement; Bockanik a traité quelques opérés par la cure radicale et a obtenu des succès. M. le professeur Dayot, a traité un cas de gangrène herniaire de la même manière et avec le même succès. Mais dans la majorité des cas cette méthode expose à de tels accidents que nous ne la croyons pas applicable.

Le péritoine au voisinage de la hernie est souvent infecté; il suffit pour s'en convaincre d'en faire un examen rapide, et même d'après Chaput, cette péritonite serait la règle.

Nous avons donc de sérieuses raisons pour préférer le drainage du péritoine à toute fermeture de la plaie.

Nous ne croyons pas non plus que le chirurgien doive laisser libre dans la cavité abdominale une anse qui, malgré toutes les précautions prises, est toujours d'une vitalité et d'une asepsie douteuses.

Dans toutes nos observations on a entouré la suture de quelques mèches de gaze iodoformée pour la préserver du contact des drains et pour empêcher l'ensemencement du péritoine au cas où une fistule viendrait à se produire.

Beck conseille cette manière de faire et voici, résumée, une observation de M. le professeur Dayot, intéressante à ce sujet :

Une femme de 59 ans est atteinte de hernie crurale gauche étranglée ; en l'opérant le chirurgien se trouve en présence d'une plaque de sphacèle qu'il invagine par quelques points séro-séreux, mais au moment de réduire dans le ventre, il se produit un petit suintement au niveau de la suture. Il crée alors une anastomose pour éviter la distension de cette région par le passage des matières fécales.

La suture, qui avait été faite dans les tissus friables et infiltrés, céda en produisant une fistule stercorale dont la guérison spontanée s'effectua au bout de deux moiset demi.

Bien que ce cas ne soit pas en tous points assimilable à l'entéro-anastomose, précédée de résection, il nous montre bien avec quelle prudence il est nécessaire de se comporter vis-àvis d'une anse intestinale suspecte.

C). — Durée de l'opération.

Quelqu'avantage que présente l'entéro-anastomose, n'est-il pas à craindre qu'à cause de la longue anesthésie qu'elle exige, ses effets ne soient néfastes chez tous les sujets dont l'état général est un peu gravement atteint ?

Nous devons dire tout d'abord qu'elle n'est pas applicable aux cas désespérés, le bon sens clinique suffit à le faire comprendre.

Si on décide cette intervention, voici les causes principales qui en prolongent la durée.

Le chirurgien peut trouver entre le sac et les anses intestinales des adhérences dont il sera obligé de se débarrasser pour libérer l'anse à réséquer.

Le débridement peut aussi présenter certaines difficultés.

Enfin le phegmon herniaire nécessite une désinfection consécutive à son ouverture et oblige les opérateurs à se purifier les mains.

Remarquons cependant que ces diverses difficultés se présentent aussi, en partie du moins, dans l'anus contre nature et que par conséquent les retards qu'elles comportent ne doivent pas être mis sur le compte de la méthode.

L'anus contre nature qui est en pareil cas la méthodet la plus rapide qu'on puisse employer n'exige, il es vrai, que quelques points de suture, tandis qu'il en faut

soixante environ pour une entéro-anastomose. Mais, si, dans ce cas, les points sont plus nombreux, le chirurgien peut les faire avec rapidité, opérant en pleine lumière, et l'intestin commodément placé sur des compresses stériles·

Pour l'anus contre nature, au contraire, on travaille au fond d'une plaie difficilement éclairable et les fils passés dans des tissus infiltrés menacent souvent de couper.

En résumé nous croyons ne pas nous éloigner beaucoup de la vérité en admettant que l'entéro-anastomose est de dix minutes plus longue que l'anus contre nature.

Une des opérations relatées dans nos observations a duré quarante-cinq minutes. Nous regrettons que toutes les autres n'aient pas été chronométrées, car certaines d'entre elles n'eussent certainement pas atteint cette durée.

F). — Soins consécutifs.

Dans la plupart de nos observations, les drains ont été retirés au bout de deux jours et les mèches de gaze vers le septième ; c'est la conduite que l'on doit adopter d'ordinaire, mais, un début de péritonite constaté lors de l'opération, le suintement abondant de la plaie dans les jours qui suivent invitent à prolonger le drainage.

En retirant les mèches d'une façon trop précoce, nous craignons de rompre les adhérences encore fragiles

qui se font à leur voisinage ou de traumatiser des sutures qui demandent les plus grands ménagements. Dans tous les cas, l'eau oxygénée facilite beaucoup leur décollement.

La méthode qui consistait à traiter les opérés par la diète et l'opium est actuellement abandonnée ; mieux vaut, croyons-nous, favoriser au plus tôt l'évacuation des matières alvines afin de débarrasser l'organisme de cette source d'intoxication générale. L'intestin, en amont de l'étranglement étant évacué des liquides septiques qu'il contient, se trouvera dans de meilleures conditions pour recouvrer sa vitalité.

Aussi, dès le soir même, a-t-on fait administrer à nos opérées, un lavement qui, malgré les contractions intestinales provoquées, n'a exercé aucune mauvaise influence sur l'état des sutures.

Le surlendemain de l'opération on a donné aux malades un cachet contenant 0 gr. 50 de calomel et 0 gr. 50 de scammonée ; l'effet de cette purgation légère a toujours été satisfaisant.

La résection de l'intestin étant une opération grave qui s'accompagne souvent de schock et de collapsus, les injections intraveineuses et même simplement sous-cutanées de sérum artificiel rendent ici de grands services et font revenir des malades qui ne paraissaient pas devoir se relever. Les injections d'éther, l'enveloppement dans des couvertures chaudes agissent dans le même but.

Lorsque le muscle cardiaque semble faiblir, on s'occupe de le relever par la caféine, le strophantus, etc.

Quant aux pansements, ils ont dû dans quelques cas être renouvelés fréquemment, les liquides issus de la plaie les souillant très promptement.

La cicatrisation se fait plus ou moins rapidement par production de bourgeons charnus. Il persiste à ce niveau une insuffisance de la paroi abdominale qui doit être réparée ultérieurement.

G. — Avantages et inconvénients. Indications et contre-indications.

Dans ce dernier chapitre nous allons examiner quels sont les avantages et les indications de l'entéro-anastomose et aussi ses difficultés et ses contre-indications.

L'asepsie nécessaire dans ce genre d'opération est difficile à réaliser, surtout si l'on opère chez l'habitant, sans aides expérimentés, dans un local incommode ; les autres difficultés son celles que comporte toute suture intestinale.

A côté de ces quelques inconvénients, cette opération présente maints avantages ; plus que dans toute autre, il est facile de supprimer l'intestin malade ou suspect ; que la résection porte sur une petite ou sur une grande longueur, les manœuvres sont les mêmes ; la résection du mésentère, si importante soit-elle, n'empêche en rien le rapprochement ultérieur des bouts à suturer ; enfin ce mésentère n'est jamais, comme dans l'entérorrhaphie circulaire, détaché de l'intestin dont la vitalité est ainsi ménagée.

L'entéro-anastomose établit entre les deux bouts d l'intestin une communication solide et peu susceptible de se rétrécir.

Sa solidité est garantie par les précautions sur lesquelles nous avonsl onguement insisté.

La largeur de communication n'est pas subordonnée au calibre de l'intestin ; on peut la faire aussi large qu'on la désire, enfin la suture muco-muqueuse qui ourle les bords de la plaie empèche tout éperon de se produire et prévient le rétrécissement cicatriciel.

On n'a jamais à se préoccuper de l'inégalité de calibre des deux conduits à aboucher, ce qui est une grosse difficulté de l'entérorrhaphie circulaire.

On a objecté à l'abouchement latérolatéral de laisser à sa suite deux portions d'intestin formant un cæcum inutile et susceptible de s'engouer. Nous croyons cette crainte vaine ; nous n'avons jamais vu ni entendu rapporter de semblable accident ; au contraire, Monprofit, qui eut l'occasion d'autopsier des sujets sur lesquels on avait pratiqué cette opération quelques années auparavant, a trouvé les deux culs-de-sac complètement atrophiés. La direction de l'intestin, à ce niveau, se rapprochait beaucoup de la ligne droite.

Enfin dans l'entéro-anastomose on a, si on le juge nécessaire, toute facilité pour faire une fistule de sûreté. Boully l'avait conseillée après l'entérorrhaphie circulaire, mais elle ne lui donna pas de satisfaction.

Si donc, on veut l'établir, voici comment on peut procéder :

Le bout supérieur de l'intestin n'est pas lié après la

résection, on y introduit un tube de drainage, dont l'extrémité sort de la plaie et on place à l'endroit où l'on veut faire porter l'oblitération future un fil de soie peu serré. Le drain ainsi placé remplira l'office de fistule de sûreté et facilitera l'asséchement du bout supérieur ménageant l'intégrité de la suture.

Quand on jugera bon de rétablir le cours normal des matières, il n'y aura qu'à ôter le drain et à faire la ligature de l'intestin en serrant la soie préalablement mise en place. Il se produit ainsi un petit cæcum au delà duquel on détruira au thermocautère l'intestin sous-jacent ; le fil sera éliminé secondairement. Ainsi sera oblitérée, au gré du chirurgien, la fistule qui guérissait si lentement dans la méthode de Baully.

Nous pensons donc que, grâce à sa supériorité, l'entéro-anastomose est recommandable toutes les fois que l'on trouve une gangrène herniaire qui ne peut être traitée par simple invagination sous la séreuse. Il en sera de même toutes les fois que l'état de l'intestin fait craindre des altérations profondes des tissus dans les jours qui suivent.

Cependant elle ne devra pas être tentée systématiquement dans tous les cas analogues, car il n'est pas rare de voir des malades, dont l'état général est tellement atteint, que toute intervention un peu longue amène invariablement l'issue fatale.

Ces cas défavorables devront être opérés, puisque l'opération est la seule planche de salut pour ces malheureux, mais, on devra s'abstenir du chloroforme et

pratiquer, malgré les mauvaises conditions, un anus contre nature.

Dans la pratique, ces cas défavorables, se présentent assez rarement et à côté d'eux il en est beaucoup d'autres où l'entéro-anastomose donnera de bons résultats.

OBSERVATIONS

Observation I (*personnelle*).

Hernie étranglée, gangrène, symptômes généraux entéro-anastomose, guérisòn.

C'est au mois d'août 1904, que Mme Chevrier, âgée de 30 ans, s'aperçut qu'elle avait dans le pli de l'aine gauche une grosseur du volume d'une noix, de consistance molle et ne lui causant aucune gêne en temps ordinaire.

Cependant à deux reprises, au mois d'octobre et au mois de février dernier, notre malade éprouva les symptômes suivants: sans cause appréciable, sa hernie augmenta notablement de volume et devint douloureuse. En même temps il se produisait quelques vomissements et un arrêt complet des matières et des gaz.

Chaque fois ces phénomènes disparurent au bout de vingt-quatre à trente-six heures.

Le lundi 6 mars, notre malade ressentit brusquement de violentes coliques qui la forcèrent à quitter son travail et à s'aliter.

Sa hernie devenait dure et douloureuse ; quelques heures après les premiers vomissements apparurent.

Un médecin appelé, pratiqua pendant plusieurs minutes un taxis très douloureux.

Il conseilla à sa cliente de se faire transporter à Rennes pour s'y faire opérer, mais elle refusa.

Ce n'est que le jeudi 9 qu'elle entre à la salle Sainte-Philomène, dans le service du professeur Dayot.

L'aspect de la malade indique un état général profondément altéré : les traits sont tirés, le teint terreux et les yeux excavés la langue est sèche et chargée, la parole difficile, fréquemment entrecoupée de hoquets. L'haleine a pris une odeur nauséabonde due aux matières fécaloïdes que la malade vient de vomir.

La température est de 37°5, mais le pouls donne 130 pulsations à la minute.

Dans l'aine, au-dessous de l'arcade crurale, on trouve la tumeur ovoïde tendue, douloureuse, au niveau de laquelle la peau n'est pas modifiée.

Le ventre est ballonné, bosselé par endroits, douloureux, sonore dans toute son étendue.

Devant ces symptômes alarmants, le professeur Dayot intervient aussitôt.

Après anesthésie préalable au chloroforme, il incise la peau directement sur la hernie et ouvre bientôt le sac qui laisse écouler un peu de sérosité brunâtre. Il procède alors à une soigneuse désinfection à l'aide d'une solution phéniquée forte, et s'occupe de lever l'étranglement en sectionnant les tissus à ciel ouvert au niveau du collet. L'intestin est alors facilement attiré au dehors ; l'anse herniée est longue de 6 à 8 centimètres ; sa paroi est noire ; ecchymosée, épaisse. Sur une large surface serrée au niveau du collet du sac, la perforation menace de se pro-

duire ; les deux tuniques internes ont disparu, la séreuse seule a résisté.

Sur le bout afférent, il existe une autre plaque semblable, mais de moindre étendue.

Quant au mésentère, il est beaucoup moins intéressé.

Devant de pareils dégâts qui rendent la perforation inévitable, le Dr Dayot décide la résection de l'anse herniée. A quelques travers de doigts des parties malades, l'intestin est lié, sa section est faite au thermocautère et les deux moignons soigneusement brûlés et invaginés par suture en bourse ; le mésentère est sectionné de la même façon, puis le chirurgien pratique l'entéro-anastomose entre les deux anses placées parallèlement sur un lit de compresses stériles.

Après une nouvelle désinfection soigneuse, l'intestin est réintégré dans le ventre. Deux gros drains sont introduits dans le péritoine et l'anse anastomosée entourée de mèches de gaze iodoformée.

L'opération terminée on fait à la malade un litre de sérum artificiel.

Les vomissements cessent dans la journée, mais le pouls est toujours fréquent et l'état général assez précaire.

Pour provoquer les selles, on donne le soir même un lavement qui ne produit aucun résultat ; le même remède est employé le lendemain matin et cette fois la débâcle se produit.

Le sérum artificiel est continué matin et soir.

Bientôt l'intestin ayant été évacué par un purgatif léger, l'état général s'améliore ; les drains sont supprimés après quarante-huit heures, les mèches au bout de six jours ; la cicatrisation se fait lentement par bourgeons charnus, l'état de l'opérée devient excellent, elle sort le 22 avril, complètement guérie.

Observation II (personnelle).

Hernie crurale étranglée ; phlegmon herniaire ; entéro-anastomose ; guérison.

Depuis une dizaine d'années, Mme Ollivier, portait dans le pl de l'aine droite, une petite grosseur qui fut fréquemment la cause de coliques très violentes : dans ces moments, la tumeur augmentait de volume et devenait de consistance très dure. Parfois survenaient des vomissements, puis après quelques heures tous ces phénomènes disparaissaient sans laisser aucun malaise.

Dans la journée du 31 janvier 1905, notre malade fut brusquement prise de douleurs si violentes qu'elle dut abandonner son travail et s'aliter. Sa hernie était devenue tellement douloureuse, qu'elle empêchait l'extension de la jambe ; les vomissements apparurent très opiniâtres cette fois.

Le médecin, appelé le lendemain, pratiqua pour réduire la hernie un taxis énergique et prolongé, mais sans résultat. La purgation qu'il administra fut vomie comme tout ce que la malade ingérait.

Le troisième jour, une amélioration se fit sentir, mais elle ne fut que passagère et on se décida enfin à transférer la malade à l'Hôtel-Dieu.

Malgré les souffrances qu'elle a endurées depuis quatre jours et ses vomissements continuels, son état général ne semble pas trop touché, le facies est bon, on compte 80 pulsations du pouls à la minute, la température est de 38°3.

On trouve au siège ordinaire des hernies crurales une tumeur

de la grosseur d'un œuf de poule et qu'on ne peut toucher qu'en provoquant de vives souffrances.

L'aspect de la peau est modifié à ce niveau, elle est rouge, chaude, œdématiée et ne se plisse pas sous le doigt.

Le ventre est peu ballonné; il y a absence complète de matières et de gaz.

Le professeur Dayot porte le diagnostic de hernie étranglée avec phlegmon herniaire.

L'opération qui fut pratiquée immédiatement, vérifia ses dires, car, à l'incision de la tumeur il s'écoula 80 ou 100 grammes de pus phlegmoneux, d'une fétidité repoussante, dans lequel on put reconnaître quelques lambeaux de l'intestin sphacélé.

La poche est vidée, lavée avec grand soin à l'eau oxygénée et à l'eau phéniquée chaude, plusieurs points sont touchés au thermocautère.

L'opérateur lève alors l'étranglement en sectionnant l'arcade crurale. Il attire l'intestin en dehors après l'avoir libéré des quelques adhérences qui protégeaient la grande séreuse péritonéale. On constate alors que les tuniques de l'intestin, dans le bout afférent surtout, au voisinage de la portion gangrenée, ne sont pas complètement indemnes, elles sont œdématiées, présentent par places une vascularisation développée et quelques taches ecchymotiques. Aussi n'est-ce que plus haut sur l'intestin, qu'on place un gros catgut pour la ligature. Les deux bouts sont d'abord coupés, puis brûlés jusqu'au fil, à l'aide du thermocautère et enfin invaginés.

Avant de continuer l'opération, le chirurgien et un aide procèdent à un nouveau nettoyage de leurs mains et ce n'est qu'après une nouvelle désinfection du champ opératoire que le professeur Dayot pratique l'entéro-anastomose.

Les parties suturées sont réintégrées dans le ventre, la plaie est laissée largement ouverte avec deux drains et des mèches de gaze iodoformée.

Dès le soir on a donné à la malade un lavement qui produit la débâcle ; la malade est très soulagée, ne vomit plus et présente un état général satisfaisant.

Le lendemain de l'opération la température monte à 39°6, mais elle retombe bientôt et se maintient constamment au-dessous de 37°6.

Le pansement est fréquemment renouvelé, car il s'écoule de la plaie une sérosité abondante.

Au bout de huit jours, on enlève drains et mèches ; la plaie est alors bourgeonneante et rose, large comme la paume de la main et creusée en entonnoir.

La cicatrisation se fait avec une rapidité étonnante et quarante jours après l'opération la malade demande sa sortie ; il ne reste qu'une surface très minime où la cicatrisation ne soit pas terminée.

Observation III (personnelle).

Hernie crurale; étranglée phlegmon herniaire ; guérison opératoire.

Le mercredi 29 mars 1905, M^me^ Simon Aimée-Marie, âgée de de 67 ans, fut prise brusquement et sans cause appréciable d'une douleur très vive au niveau du pli de l'aine du côté droit.

Elle s'était aperçue depuis longtemps déjà qu'elle portait à ce niveau une tumeur, large de deux travers de doigt, qui lui avait causé à maintes reprises des souffrances passagères.

Cette fois, la grosseur avait brusquement augmenté de volume et présentait une dureté plus grande que d'ordinaire. Quelques heures après, la malade commença à vomir et depuis cette époque, elle n'eut ni selles, ni gaz.

Le médecin qui l'examina porta le diagnostic de hernie étranglée tenta de la réduire par le taxis. Il n'y parvint pas, et devant cet échec, il proposa à la malade le transfert sur l'Hôtel-Dieu, de Rennes.

Celle-ci hésita longtemps et ce n'est qu'en voyant son état s'aggraver qu'elle consentit à obéir au médecin.

Appelé comme interne de garde à examiner la malade à son entrée à l'Hôtel-Dieu, nous nous trouvons en face d'une femme dont l'état général est fort compromis. Le facies est grippé, les extrémités sont refroidies, la langue sèche, le pouls rapide (à 120) ; fréquemment elle est prise de hoquet et de vomissement fécaloïdes.

Dans le pli de l'aine droite, nous voyons la hernie placée presque tout entière au-dessous de l'arcade de Faloppe ; elle est de consistance inégale, dure dans certains endroits, molle dans d'autres ; toute exploration est très douloureuse surtout quand on se rapproche du collet. La peau n'est pas modifiée à ce niveau.

Nous informons immédiatement le chirurgien du service qui est remplacé par son chef de clinique M. le Dr Hardouin.

La malade est préparée pour l'opération et anesthésiée au chloroforme.

La peau est incisée directement sur la tumeur et le bistouri traverse une certaine épaisseur de tissus infiltrés pour arriver sur un phlegmon stercoral d'où s'écoule un pus d'odeur infecte. Dans le pus baigne une anse intestinale longue de 8 centimè-

tres, de couleur gris-sale, de consistance molle et portant une petite perforation.

Ce n'est qu'après avoir pratiqué avec soin le nettoyage de la cavité de l'abcès, que le chirurgien, pour lever l'étranglement très serré, sectionne l'arcade crurale et l'aponévrose du grand oblique.

L'anse herniée, dont on a oblitéré la perforation à l'aide d'une pince, est attirée au dehors ainsi que 6 ou 8 centimètres de l'intestin en amont et en aval ; les bords de la plaie sont garnis de compresses. La grande cavité péritonéale ne présente que des altérations insignifiantes et ne contient pas de liquide. On fait en masse la ligature de l'intestin et on le sectionne au thermocautère de même que le mésentère. Les moignons sont ensuite invaginés.

Les deux anses saines sont rapprochées et l'entéro-anastomose faite à la soie n° 0, après quoi, le tout est réduit dans le ventre ; l'anastomose est flanquée de deux drains et de plusieurs mèches de gaze. La plaie opératoire est laissée grand'ouverte.

Toute l'intervention n'a duré que quarante-cinq minutes.

Pendant les premiers jours qui suivent, l'état de la malade est très satisfaisant. Les vomissements cessent le lendemain de l'opération, en même temps surviennent des évacuations spontanées qui se prolongent assez longtemps.

Quand on refait le pansement au bout de trente-six heures, la plaie a bon aspect; on en retire les drains et les mèches et on la bourre légèrement de gaze.

Bien que la température oscille autour de 38°, le pouls devient bon. La malade semble alors entrer en convalescence ; elle prend 4 litres de lait par jour. On la croyait sauvée, quand,

le quinzième jour après l'opération, elle meurt brusquement à 11 heures du matin en se retournant dans son lit.

Cette mort subite n'a pu être expliquée, car la famille s'opposa à l'autopsie. Malgré ce décès, nous croyons, en raison de l'état de la malade, pouvoir compter ce cas comme un succès opératoire.

Observation IV (personnelle).

Hernie étranglée; gangrène herniaire; entéro-anastomose ; guérison.

La nommée Barbe Marie-Anne, âgée de 50 ans, cultivatrice à Tremblay (Ille-et-Vilaine), est amenée à l'hôtel-Dieu le 11 octobre 1905.

L'histoire de sa maladie remonte à six jours. Pendant son travail, elle a été prise de coliques violentes qui la forcèrent à s'aliter ; en même temps elle s'apercevait de la présence, dans la région crurale gauche, d'une grosseur qu'elle n'avait encore jamais remarquée.

Peu de temps après survinrent des vomissements qui, depuis n'ont pas cessé. De la même époque date la suppression complète des matières et des gaz.

Le médecin qui vit cette malade tenta de réduire cette hernie par le taxis, mais, devant un premier échec, il n'insista pas et conseilla le transport de sa cliente à Rennes.

Ce n'est que quelques jours plus tard que devant la persistance des phénomènes douloureux, elle se décida et y entra le 11 octobre dans l'après-midi.

Examinée à son arrivée, elle présente tous les signes d'étran-

glement herniaire ; on aperçoit dans l'aine gauche la tumeur dont le volume n'atteint pas celui d'un œuf de poule ; elle est très tendue et douloureuse à la pression, surtout au niveau du collet. La peau ne présente à ce niveau aucune modification, le ventre est peu ballonné et peu tendu. Par contre, l'état général n'est pas rassurant ; les vomissements sont répétés et fécaloïdes, le facies de la malade est grippé, le pouls petit et fréquent.

On appelle d'urgence M. le Dr Hardouin, chef de clinique du service, et il procède immédiatement à l'opération.

Il incise la peau verticalement au niveau de la tumeur et ouvre bientôt le sac qui est rempli d'un liquide rougeâtre ; il le désinfecte soigneusement.

Quand, après avoir levé de dehors en dedans l'étranglement, il exerce sur l'intestin de légères tractions pour l'amener au dehors, il s'y produit une petite déchirure.

Il en ferme immédiatement l'orifice à l'aide d'une pince à morts plats.

L'anse est alors attirée sur un lit de compresses stériles et désinfectée soigneusement, puis, le chirurgien la résèque, invagine par une suture en bourse les deux extrémités et fait l'anastomose à quelques centimètres plus haut.

L'intestin est alors réduit dans le ventre et les sutures sont entourées de lanières de gaze iodoformée. La cavité péritonéale est largement drainée.

La malade a supporté l'intervention d'une manière satisfaisante. Le lendemain l'état général reste toujours précaire, le pouls fréquent, le facies mauvais, mais, les vomissements ne se sont plus reproduits. On fait du sérum artificiel.

Le surlendemain de l'opération, la débâcle se produit spontanément.

Le pansement est refait, les mèches de gaze et les drains sont retirés et la plaie légèrement bourrée. A partir de ce moment, l'état de la malade s'améliore de jour en jour ; les selles sont régulières et tous les symptômes inquiétants disparaissent.

Le 15 novembre, lors du second pansement, en retirant la gaze qui bourrait la plaie, on s'aperçut que de la profondeur sortaient quelques matières fécales mêlées au suintement.

Cette fistule persista pendant trois semaines, puis disparut spontanément, la plaie se comblant rapidement par suite de production des bourgeons charnus.

La malade sort le 28 novembre complètement guérie.

Observation V (personnelle).

Pincement latéral de l'intestin : gangrène sans symptômes fonctionnels ; entéro-anastomose ; guérison.

Mme X..., âgée de 64 ans, était depuis longtemps atteinte d'une hernie crurale droite, qui ne la faisait pas habituellement souffrir. Cette hernie sortait dans la station debout et rentrait dès que la malade se couchait.

De temps à autre la hernie devenait irréductible et provoquait de légères coliques. Il suffisait à la malade de se mettre au lit et au bout de quelque temps, par simple pression manuelle, elle réussissait à tout mettre en place.

Le dimanche 8 avril 1906 notre malade éprouva de violentes coliques et constata que sa hernie avait augmenté brusquement de volume. Cette fois elle essaya vainement le remède habituel. La compression en position horizontale échoua, et vers le soir apparurent les premiers vomissements.

Le lendemain, l'état ne s'améliorant pas, la malade prit une purgation qui eut pour effet d'augmenter les vomissements.

La suppression des matières et des gaz était absolue.

Cependant dans la nuit du mardi au mercredi, il y eut émission de gaz et de petites quantités de matières. La malade attendit encore quarante huit heures chez elle ; l'état allait en s'améliorant peu à peu et les selles se régularisaient. Cependant comme elle continuait à éprouver quelques coliques et que d'autre part la hernie ne rentrait pas, elle se décida tardivement à venir à l'hôpital le cinquième jour et nous l'examinons dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Dayot.

La malade a un facies assez bon, elle nous explique fort nettement l'histoire de sa maladie et nous déclare qu'elle va régulièrement à la selle depuis trois jours.

L'examen de la région crurale droite nous permet de constater la présence d'une hernie marronnée de la grosseur d'un œuf de poule, au siège habituel ; cette hernie est mate et presque insensible ; à peine éveille-t-on une légère douleur en pressant assez fortement le pédicule. Au dire de la malade, le volume de la hernie aurait diminué notablement depuis quarante-huit heures.

L'état général est bon ; on pose le diagnostic d'épiplocèle étranglée, et en présence des symptômes éprouvés par la malade on élimine toute participation de l'intestin aux accidents.

Le Dr Hardouin, rejette une opération d'urgence et fait subir à la malade la préparation habituelle à ce genre d'intervention. Elle prend un purgatif salin qui provoque chez elle de nombreuses selles.

Opération vingt-quatre heures plus tard, soit six jours après le début de la crise.

Après désinfection du champ opératoire, le chirurgien incise directement sur la hernie crurale et tombe sur un sac très épaissi, adhérent, rempli d'un liquide louche, jaunâtre, au fond duquel on aperçoit une anse grêle, noirâtre, perforée à la partie la plus saillante ; la muqueuse intestinale s'évase à travers la perforation.

Après lavage du sac à l'eau phéniquée forte et oblitération de la perforation par une pince à mors plats, l'opérateur fend largement la paroi abdominale et parvient à lever l'étranglement de dehors en dedans et finalement amène en dehors toute l'anse malade.

On constate alors qu'il s'agissait d'un pincement latéral de l'intestin grêle ayant oblitéré les trois quarts du conduit. Le collet du sac serrait fortement l'anse herniée et l'avait sectionnée en plusieurs points. Quelques adhérences avaient suffi à empêcher l'irruption de matières dans le ventre.

En présence de ces dégâts, le Dr Hardouin résèque rapidement toute l'anse gangrenée, suture en bloc les deux sections intestinales et invagine les moignons par suture en bourse de la séreuse. Puis, entéro-anastomose par le procédé habituel ; on draine ensuite largement le péritoine.

La guérison est survenue rapidement ; la malade a eu une selle au bout de quarante-huit heures et est sortie complètement guérie au bout de trente-cinq jours.

CONCLUSIONS

En présence d'un intestin sphacélé à la suite d'un étranglement herniaire, le chirurgien devra toujours intervenir :

I. — Devant les résultats insuffisants de l'anus contre nature, ceux très aléatoires du bouton de Murphy et devant les difficultés de l'entérorrhaphie circulaire, on doit, dans la majorité des cas, avoir recours à l'entéro-anastomose.

II. — Cette opération, sans être par excellence un procédé simple et rapide, nous semble réunir cependant le maximum d'avantages.

Elle permet une résection étendue de l'intestin et assure entre les deux bouts une communication large et solide.

Elle devient l'opération de choix, toutes les fois que le chirurgien, secondé par un aide expérimenté rencontre la gangrène herniaire chez un malade capable de supporter une intervention de quelque durée.

Vu : le Président de la thèse
SEGOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Barette. — *Thèse de Paris*, 1883.

Beck, Carl. — *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 1893.

Bogdanick. — *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 1896.

Boiffin. — *Thèse de Paris*, 1887.

Bosc et Blanc. — *Archives de médecine expérimentée et d'anatomie pathologique*, 1896.

Bouilly. — *Revue de chirurgie*, 1881.

Bramann. — *Revue de chirurgie*, 1899.

Buffet. — *Revue de chirurgie*, 1900.

Chaput. — *Archives de médecine*, 1894.

— *Revue de chirurgie*, 1898.

— *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, 1894.

Chlumsky. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1899.

Dayot H. — *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, 1892, 1894 et 1900.

— *Archives générales de médecine*, 1891.

Derocque. — *Thèse de Paris*, 1897.

Diet. — *Thèse de — Paris*, 1895.

Doyen. — *Archives de chirurgie*, 1895.

Garant. — *Revue de chirurgie*, 1903.

Guillemain — *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 1895.

Hardouin. — *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest*, 1906.

Helferich. — *Revue de chirurgie*, 1900.

Heydenreich. — *Revue de chirurgie*, 1896.

Houzel. — *Revue de chirurgie*, 1898.

Jeannel. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1898.

Lenoble. — *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 1894.

Martinet. — *Bulletin et Mémoire de la Société de chirurgie*, 1894.

Marin. — *Thèse de Lyon*, 1891.

Monprofit. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1904.

Pla. — *Thèse de Lyon*, 1895.

Porges. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* 1899.

Poirier (J.). — *Thèse de Bordeaux*, 1894.

Regaa. — *Thèse de Lyon*, 1895.

Reverdin. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1893.

Rochier. — *Thèse de Lyon*, 1896.

Tostivint. — *Thèse de Lyon*, 1891.

Touche. — *Thèse de Paris*, 1896.

Villard. — *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 1895.

Libr. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.